Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Plan d'action régional 2004 - 2007

Adopté par le conseil d'administration le 12 mai 2004

106-02128/

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, mai 2004

Graphisme : Bernard Bilodeau
Texte et tableaux : Denis Beaulieu
Traitement de texte et mise en page : Jocelyne St-Amand

Table des matières

Introduction	page 1
Historique des travaux	page 1
Hébergement en CHSLD : orientations régionales	page 2
Les CHSLD en Estrie	page 3
Portrait de la clientèle hébergée en CHSLD	page 6
Composantes d'un milieu de vie de qualité : Priorités d'action - Estrie	page 9
Suivi de l'actualisation des mesures	page 17
Conclusion	page 17
ANNEXE 1: Orientations ministérielles	page 19
ANNEXE II : Composition du comité de travail	page 26

Introduction

Au cours des dernières années, l'organisation des services de santé et des services sociaux s'est transformée en intensifiant les services offerts dans le milieu de vie naturel. Cette tendance s'accentuera dans les prochaines années de sorte qu'un nombre important de personnes âgées et très âgées pourront continuer à vivre plus longtemps à domicile sans avoir recours à l'hébergement alternatif ou institutionnel.

Cette transformation aura pour effet de modifier considérablement les caractéristiques et les besoins des personnes admises en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'hébergement en milieu institutionnel sera ainsi réservé aux personnes qui présenteront un niveau important de perte d'autonomie, tant sur les plans cognitif que physique. La moyenne d'âge des personnes hébergées augmentera et les problématiques présentées par ces clientèles seront plus complexes.

Cette tendance, amorcée depuis quelques années, exerce déjà une influence sur l'organisation des soins et des services offerts en CHSLD. Pour continuer à offrir des services de qualité dans ce contexte, tout en accordant une priorité au respect des droits des personnes hébergées, les établissements sont confrontés à la nécessité d'effectuer des changements importants à tous les niveaux de l'organisation. Ces changements devront tenir compte de l'implication inévitable de l'usager, des membres de la famille, des proches, et miser sur la participation à la vie de la communauté. En fait, les CHSLD auront la responsabilité de créer des réels milieux de vie dans un environnement semblable au domicile de la personne hébergée.

Les orientations ministérielles présentées dans le document «*Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » s'inscrivent ainsi dans une démarche d'amélioration globale de la qualité des soins et des services offerts en hébergement institutionnel. Le plan d'action régional permettra de concrétiser ces changements pour le plus grand bénéfice de chaque personne hébergée.

Ce document se divise en sept sections :

- Historique des travaux;
- Hébergement en CHSLD : orientations régionales;
- Les CHSLD en Estrie;
- Portrait de la clientèle hébergée en CHSLD;
- Composantes d'un milieu de vie de qualité : priorités d'actions – Estrie;
- Suivi de l'actualisation des mesures;
- Conclusion.

Historique des travaux

Les orientations ministérielles sur la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD ont été publiées à l'automne 2003. Pour réaliser ce document, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est inspiré de divers ouvrages, publiés depuis 1995, relatifs aux diverses clientèles susceptibles d'avoir recours à l'hébergement institutionnel. L'ensemble de ces documents situe les actions qui doivent être entreprises et mises en place pour adapter l'organisation des soins et des services afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes hébergées, le tout dans un climat de respect des droits de chaque usager.

Soucieux de livrer des services de qualité à l'ensemble de la clientèle hébergée et sensibles à l'importance d'adapter l'organisation des services en hébergement institutionnel, les dirigeants des établissements de la région ont amorcé, depuis quelques années, des démarches de changement tant au niveau des milieux physiques (agrandissement et transformation des lieux) que sur le plan de l'organisation des soins et des services (formation du personnel et adoption d'approches spécifiques dans la prestation des soins et services). Ce document vise à encourager la poursuite des efforts déjà amorcés en Estrie pour améliorer la qualité des services rendus aux personnes hébergées et à assurer l'implantation des orientations ministérielles.

Dans le cadre de l'élaboration de ce plan d'action régional ou, plus spécifiquement, de la section sur les composantes d'un milieu de vie de qualité et les **priorités d'actions** portant sur les mesures à mettre en place, un comité de travail (annexe II) a été formé ayant comme objectifs de :

- **valider les mesures suggérées;**
- **proposer un ordre de priorité de l'actualisation des mesures ainsi qu'un échéancier de réalisation;**
- **compléter un état de situation dans chacun des établissements concernés.**

Hébergement en CHSLD : orientations régionales

Mécanismes d'accès à l'hébergement

Au cours de l'année 2000, un modèle régional d'organisation du mécanisme d'accès à l'hébergement pour adultes et personnes âgées en perte d'autonomie a été adopté. De ce modèle, diverses actions devaient être mises en place. L'une d'entre elles visait à constituer un comité d'accès à l'hébergement dans chaque MRC. Le rattachement fonctionnel du mécanisme d'accès à l'hébergement au réseau intégré de services de chacune des MRC a été privilégié.

Pour orienter une personne vers le milieu de vie le mieux adapté en fonction de ses besoins, le réseau de la santé et des services sociaux dispose d'un outil d'évaluation commun, soit l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déterminé que cet outil devait être utilisé pour évaluer les clientèles suivantes :

- les personnes âgées de 65 ans et plus;
- les adultes ayant des incapacités ou des déficiences ou des pertes d'autonomie fonctionnelle, autant sur le plan physique que cognitif.

L'OÉMC, ou l'une des sections pertinentes, peut servir à:

- évaluer des clientèles et planifier les services à domicile ou toute autre programmation du CLSC;
- analyser des demandes d'orientation et d'hébergement;
- évaluer des usagers et planifier les soins et les services à offrir aux personnes vivant en CHSLD, qu'ils soient hébergés de façon temporaire ou permanente;
- appuyer les intervenants et intervenantes dans leurs interventions ou leurs références aux établissements appropriés.

L'une des composantes de l'OÉMC est le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle ou SMAF. Cet outil (SMAF) permet de classer les personnes évaluées selon des profils correspondant à leur niveau d'autonomie ou d'incapacités. Il existe 14 profils distincts. Ces profils sont également regroupés en 4 groupes hétérogènes selon leurs caractéristiques spécifiques, le dernier étant subdivisé en deux catégories. Ces quatre groupes, qui constituent l'arbre de profils ISO-SMAF regroupés, se distinguent par les caractéristiques suivantes :

- **atteintes aux tâches domestiques (profils 1-2-3) ;**
- **atteintes motrices prédominantes (profils 4-6-9) ;**
- **atteintes mentales prédominantes (profils 5-7-8-10) ;**
- **atteintes mixtes motrices et mentales (profils 11-12-13-14) ;**
- besoin d'aide à la mobilité (profils 11-12)
- alité et dépendant pour les AVQ (profils 13-14).

L'utilisation de l'OÉMC et, en particulier, du SMAF dans divers milieux de vie (à domicile, en résidence privée, en ressource d'hébergement non institutionnel ou en CHSLD) permet d'avoir un portrait du niveau d'autonomie de l'ensemble d'une population donnée. Un tel portrait permet de mieux planifier et de mieux organiser l'offre de services en fonction des besoins spécifiques de la

clientèle évaluée. Ce portrait permet également de développer des stratégies équitables de financement adaptées aux réalités des divers territoires en fonction des caractéristiques et de la diversité des clientèles qui y sont regroupées.

En 2003, la Régie régionale de l'Estrie a précisé les critères d'admissibilité de la clientèle en hébergement institutionnel. Ainsi, la norme d'accès à un lit en CHSLD est un profil 10 ou plus, tel que mesuré par le (SMAF). Cependant, la norme doit toujours être appuyée par le jugement clinique des professionnels quant à l'état de fonctionnement de la personne. **Ceci ne signifie pas que tous les profils de 10 à 14 seront orientés automatiquement en CHSLD sans égard aux particularités entourant chaque personne**. En effet, la décision de maintenir une personne dans son milieu de vie naturel ou de l'orienter vers un milieu de vie alternatif, dépend de la disponibilité des ressources de soutien dans le milieu et de la nature des besoins de la personne évaluée. Conséquemment, des personnes présentant un profil de perte d'autonomie supérieur à 10 pourraient être maintenues dans leur milieu de vie naturel tandis que d'autres, qui présentent un profil inférieur à 10, pourraient être orientées en CHSLD par manque de soutien dans le milieu ou par absence de ressources alternatives adaptées pouvant répondre adéquatement aux besoins spécifiques de cette personne. Toutefois, une telle réalité doit représenter un facteur incitant les représentants des réseaux intégrés à développer l'offre de services pour répondre aux besoins de la personne en perte d'autonomie dans son milieu de vie naturel. Donc, les services de soutien à domicile doivent être prioritaires dans le développement des services à la population comparativement à l'hébergement institutionnel.

Malgré tout, certaines personnes en perte d'autonomie manifestent leur accord ou leur désir à recevoir, dans des milieux alternatifs, les services adaptés à leur situation. Les ressources alternatives d'hébergement non institutionnelles (ressources intermédiaires ou de type familial) disponibles en région sont généralement en mesure d'offrir les services nécessaires pour répondre aux besoins de la majorité des personnes qui présentent un profil inférieur à 10. Dans le cas d'absence de ressources alternatives adaptées pour répondre à des besoins particuliers d'une clientèle donnée dans un territoire, les établissements concernés ont la responsabilité de déployer les efforts nécessaires, en concertation avec leurs collaborateurs locaux, afin de développer leur réseau local de ressources alternatives pour s'assurer que chaque personne dans le besoin soit orientée dans la ressource la plus légère et la mieux adaptée à sa situation. Ces actions doivent évidemment se mettre en place en conformité avec les orientations ministérielles sur les personnes âgées en perte d'autonomie.

Les CHSLD en Estrie

Il existe trois catégories d'installation qui offrent des services en hébergement institutionnel pour les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie soit : les **centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics, les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non conventionnés.** Pour être reconnus comme centre d'hébergement de soins de longue durée, ces établissements doivent avoir reçu un permis émis par le MSSS. Les CHSLD publics et privés conventionnés reçoivent un financement du Gouvernement tandis que les CHSLD privés non conventionnés ne reçoivent aucun financement gouvernemental.

La répartition des catégories d'établissements qui offrent des services d'hébergement et de soins de longue durée en Estrie est présentée au tableau 1. Les établissements se partagent un total de 1 969 lits consacrés à l'hébergement institutionnel de longue durée. Ces lits sont répartis comme suit : 1 472 lits en CHSLD publics; 100 lits en CHSLD privés conventionnés et 397 lits en CHSLD privés non conventionnés.

Taux d'hébergement

Au cours de l'année 2002-2003, le MSSS a fixé à 3,5 lits par 100 personnes âgées le ratio à respecter pour l'hébergement institutionnel (CHSLD publics et privés conventionnés). Les CHSLD privés non conventionnés sont exclus du calcul du taux visé.

En Estrie, le taux d'hébergement dépasse légèrement le ratio ciblé par le MSSS. Il se situe à 3,72 % et varie selon les MRC. Le tableau 2 démontre que la MRC Ville de Sherbrooke est la seule qui dépasse la moyenne régionale (3,72 %) avec un résultat de 4,59 %. Il est à noter que le taux d'hébergement de la MRC de Memphrémagog est le plus bas de la région (1,79 %).

Tableau 1 : Nombre de lits au permis par catégorie d'installation

MRC	Nombre de lits au permis			
	CHSLD publics	CHSLD privés conventionnés	CHSLD privés non conventionnés	Nombre total de lits
Asbestos	98 [1]	0	0	98
Coaticook	93	0	0	93
Granit	122	0	0	122
Haut-Saint-François	106	0	0	106
Memphrémagog	132	0	76	208
Val-Saint-François	141	0	222	363
Ville de Sherbrooke	778	100	99	977
Total	**1 470**	**100**	**397**	**1 967**

1 : Demande de modification au permis pour 97 lits.
Remarque : Le CHSLD Maison Blanche de North Hatley est exclu du tableau compte tenu de sa vocation en santé mentale.
Source : Les renseignements sont extraits du système IMAGE, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Estrie, décembre 2003.

Tableau 2 : Norme des lits en Estrie

MRC	Nombre de lits au permis CHSLD publics et privés conventionnés au 24 mars 2004	Population âgée de 65 ans et plus [2]	Taux d'hébergement par 100 personnes âgées (lits/population) * 100
Asbestos	98 [1]	2 759	3,55 %
Coaticook	93	2 610	3,56 %
Granit	122	3 336	3,66 %
Haut-Saint-François	106	3 075	3,45 %
Memphrémagog	132	7 385	1,79 %
Val-Saint-François	141	3 930	3,59 %
Sherbrooke	876 [3]	19 090	4,60 %
Total	**1 568**	**42 185**	**3,72 %**

1 : Demande de modification au permis pour 97 lits.
2 : Les données de population sont issues des projections de l'ISQ pour 2004, basées sur les données corrigées du recensement de 1996 tenant compte du sous dénombrement et des résidents non permanents. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, janvier 2004.
3 : Les 20 lits réservés pour la clientèle à profil spécifique ainsi que les 17 lits régionaux (mobilité avant 1995) sont exclus du calcul du taux d'hébergement auquel 35 lits de transition (IUGS, CHSLD Shermont et CHSLD Estriade) sont ajoutés (878 – 20 – 17 + 35 = 876).

Portrait de la clientèle hébergée en CHSLD

La région de l'Estrie a procédé, à trois reprises (2000-2001, 2002-2003 et 2003-2004), à l'évaluation des personnes hébergées en CHSLD, à l'aide du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), pour déterminer le profil de chaque personne hébergée.

Mise en garde

Dans l'interprétation des résultats, il faut tenir compte des éléments suivants pour éviter de tirer des conclusions erronées :

- le nombre total de lits en 2000-2001 et 2002-2003 peut avoir varié;
- des changements dans la configuration des établissements (ex : fermeture de points de services);
- les pourcentages plus ou moins significatifs calculés à partir de petits nombres;
- les résultats reliés à l'IUGS incluent les 20 lits régionaux prévus pour la clientèle spécifique.

Le tableau 3 présente les **données comparatives des deux premières années** selon les profils (1 à 14) des personnes hébergées en CHSLD. Au moment de rédiger ce document, les données correspondant à la dernière période d'évaluation (2003-2004) n'étaient pas disponibles.

Principaux constats

- En 2000-2001, 1 530 personnes étaient hébergées en CHSLD. Ce nombre a légèrement augmenté en 2002-2003, passant à 1 545.
- Le nombre de personnes présentant les profils 12,13 et 14 a diminué (109) en 2002-2003 alors que le nombre de personnes présentant les profils 8 à 11 a augmenté (139).

Le tableau 4 présente le nombre de personnes hébergées en CHSLD selon **l'arbre des profils ISO-SMAF regroupés**. Ce tableau présente également le nombre de personnes hébergées en fonction du **profil d'admissibilité (profil 10) en CHSLD**.

Principaux constats

- Par rapport à l'année de référence (2000-2001), le nombre total de personnes présentant les profils regroupés 11 à 14 a diminué (-86) passant de 1 063 à 977 au profit des profils regroupés 4, 6 et 9 ayant augmenté de 37 et des profils regroupés 5, 7, 8 et 10 qui ont augmenté de 64.
- Chaque MRC a suivi cette tendance.
- Au niveau des profils d'admissibilité en CHSLD, les profils 10 et 11 combinés ont augmenté de 61 personnes alors que profils 12, 13 et 14 combinés ont diminué de 109 personnes.
- 70,7 % des personnes hébergées en CHSLD présentent un profil égal ou supérieur à 10 en 2002-2003 comparativement à 74,5 % en 2000-2001.

Tableau 3 : Nombre de personnes hébergées en CHSLD par profil

MRC	Année	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
Asbestos	2000-01	0	0	0	1	5	4	2	3	17	1	7	10	21	25	**96**
	2002-03	0	0	0	0	1	2	3	8	21	4	8	5	26	21	**99**
	Variation	**0**	**0**	**0**	**-1**	**-4**	**-2**	**1**	**5**	**4**	**3**	**1**	**-5**	**5**	**- 4**	**3**
Coaticook	2000-01	0	0	0	1	1	3	1	2	6	4	8	16	22	25	**89**
	2002-03	0	0	0	1	0	0	3	2	18	5	13	8	22	21	**93**
	Variation	**0**	**0**	**0**	**0**	**-1**	**-3**	**2**	**0**	**12**	**1**	**5**	**-8**	**0**	**- 4**	**4**
Granit	2000-01	0	0	0	0	3	2	3	1	18	7	11	9	28	34	**116**
	2002-03	0	0	0	0	2	3	7	5	21	7	9	8	35	15	**112**
	Variation	**0**	**0**	**0**	**0**	**-1**	**1**	**4**	**4**	**3**	**0**	**-2**	**-1**	**7**	**-19**	**- 4**
Haut-Saint-François	2000-01	0	0	1	0	0	7	2	4	12	2	5	13	26	28	**100**
	2002-03	0	0	0	0	1	5	2	4	16	10	12	9	17	28	**104**
	Variation	**0**	**0**	**-1**	**0**	**1**	**-2**	**0**	**0**	**4**	**8**	**7**	**-4**	**-9**	**0**	**4**
Memphrémagog	2000-01	0	0	1	0	0	3	3	3	23	5	11	6	36	39	**130**
	2002-03	0	0	0	1	0	6	4	6	26	13	7	13	28	28	**132**
	Variation	**0**	**0**	**-1**	**1**	**0**	**3**	**1**	**3**	**3**	**8**	**-4**	**7**	**-8**	**-11**	**2**
Val-Saint-François	2000-01	0	0	0	1	2	8	6	5	17	8	9	18	28	33	**135**
	2002-03	0	0	0	1	1	6	5	13	27	12	10	14	23	19	**131**
	Variation	**0**	**0**	**0**	**0**	**-1**	**-2**	**-1**	**8**	**10**	**4**	**1**	**-4**	**-5**	**-14**	**-4**
Sherbrooke	2000-01	1	0	2	5	8	18	33	26	126	50	58	79	209	249	**864**
	2002-03	0	0	5	1	8	26	18	46	128	64	73	78	192	235	**874**
	Variation	**-1**	**0**	**3**	**-4**	**0**	**8**	**-15**	**20**	**2**	**14**	**15**	**-1**	**-17**	**-14**	**10**
Estrie	2000-01	1	0	4	8	19	45	50	44	219	77	109	151	370	433	**1530**
	2002-03	0	0	5	4	13	48	42	84	257	115	132	135	343	367	**1545**
	Variation	**-1**	**0**	**1**	**-4**	**-6**	**3**	**-8**	**40**	**38**	**38**	**23**	**-16**	**-27**	**-66**	**15**

Source : Service de l'évaluation et du soutien méthodologique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Estrie, 2003

Tableau 4 : Nombre de personnes hébergées par profils regroupés

MRC	Année d'évaluation	Profils regroupés				Total	Profils d'admissibilité en CHSLD					
		1 à 3	4-6-9	5-7-8-10	11-12-13-14		10	11	12	13	14	Total
Asbestos	2000-2001	0	22	11	63	96	1	7	10	21	25	64
	2002-2003	0	23	16	60	99	4	8	5	26	21	64
	Variation	**0**	**1**	**5**	**-3**	**3**	**3**	**1**	**-5**	**5**	**-4**	**0**
Coaticook	2000-2001	0	10	8	71	89	4	8	16	22	25	75
	2002-2003	0	19	10	64	93	5	13	8	22	21	69
	Variation	**0**	**9**	**2**	**-7**	**4**	**1**	**5**	**-8**	**0**	**-4**	**-6**
Granit	2000-2001	0	20	14	82	116	7	11	9	28	34	89
	2002-2003	0	24	21	67	112	7	9	8	35	15	74
	Variation	**0**	**4**	**7**	**-15**	**-4**	**0**	**-2**	**-1**	**7**	**-19**	**-15**
Haut-Saint-François	2000-2001	1	19	8	72	100	2	5	13	26	28	74
	2002-2003	0	21	17	66	104	10	12	9	17	28	76
	Variation	**-1**	**2**	**9**	**-6**	**4**	**8**	**7**	**-4**	**-9**	**0**	**2**
Memphrémagog	2000-2001	1	26	11	92	130	5	11	6	36	39	97
	2002-2003	0	33	23	76	132	13	7	13	28	28	89
	Variation	**-1**	**7**	**12**	**-16**	**2**	**8**	**-4**	**7**	**-8**	**-11**	**-8**
Val-Saint-François	2000-2001	0	26	21	88	135	8	9	18	28	33	96
	2002-2003	0	34	31	66	131	12	10	14	23	19	78
	Variation	**0**	**8**	**10**	**-22**	**-4**	**4**	**1**	**-4**	**-5**	**-14**	**-18**
Sherbrooke	2000-2001	3	149	117	595	864	50	58	79	209	249	645
	2002-2003	5	155	136	578	874	64	73	78	192	235	642
	Variation	**2**	**6**	**19**	**-17**	**10**	**14**	**15**	**-1**	**-17**	**-14**	**-3**
Estrie	2000-2001	5	272	190	1063	1530	77	109	151	370	433	1140
	2002-2003	5	309	254	977	1545	115	132	135	343	367	1092
	Variation	**0**	**37**	**64**	**-86**	**15**	**38**	**23**	**-16**	**-27**	**-66**	**-48**

Source : Service de l'évaluation et du soutien méthodologique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Estrie, 2003

Composantes d'un milieu de vie de qualité : Priorités d'action - Estrie

Les mesures identifiées sont principalement extraites du document *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles, MSSS, 2003*. Certaines mesures spécifiques ont été ajoutées afin de respecter une cohérence entre ces mesures et les actions identifiées dans la *Politique sur la qualité des services dans les CHSLD privés non conventionnés de la région de l'Estrie*, 2003. La rédaction des mesures proposées a également tenu compte des **indicateurs «milieu de vie»** identifiés par le MSSS dans le document présentant les balises sur les visites d'appréciation de la qualité de vie en CHSLD. De plus, la pertinence des mesures décrites dans cette section ainsi que le niveau de priorité accordé à chacune ont été validés par les membres du comité de travail.

Cette section, qui est au cœur du plan d'action régional, présente un total de 40 mesures à mettre en place pour améliorer la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD. Ces mesures sont regroupées sous cinq thèmes constituant les composantes d'un milieu de vie de qualité soit : **aspects légaux et principes généraux (12 mesures)**; **qualité de l'intervention (6 mesures)**; **intégration et intervention (5 mesures)**; **offre et prestation de services (3 mesures) et démarches organisationnelles (14 mesures)**. Ces composantes s'apparentent aux titres des sections présentées dans le document sur les orientations ministérielles.

La partie du tableau portant sur l'état de situation présente un résumé des réponses obtenues de la part des 7 CHSLD publics et de 2 CHSLD privés conventionnés ayant complété cette section. Le résultat de l'état de réalisation de certaines mesures est parfois indiqué sur un total de huit, ce qui signifie qu'un établissement a omis de transmettre des précisions concernant ces mesures. Les répondants devaient préciser, brièvement, les **actions réalisées** (première colonne de la section sur l'état de situation) et les **actions à améliorer ou à réaliser** (deuxième colonne de cette section) dans le cadre de la mise en place de chacune des mesures identifiées. À partir des réponses obtenues de chacun des établissements, il a été possible **d'estimer** l'état de réalisation (réalisé, partiellement réalisé ou à réaliser) de chacune des mesures. Par exemple, les travaux effectués par les établissements, tels que précisés dans la colonne « actions réalisées », permettent d'estimer que quatre établissements sur neuf (4/9) ont réalisé les actions nécessaires démontrant que la première mesure (1.1) est en place dans leur établissement respectif. Les réponses de cinq établissements permettent d'estimer que cette mesure est partiellement en place dans ces établissements puisque certaines **actions significatives** doivent être améliorées ou réalisées.

Les mesures inscrites en caractères gras dans les cases ombragées ont été considérées comme étant prioritaires par le MSSS. En effet, la correspondance du sous-ministre (octobre 2003), monsieur Juan Roberto Iglesias, demandait aux Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux d'entreprendre les démarches nécessaires afin que les CHSLD mettent en œuvre, dans les meilleurs délais, les mesures spécifiées pour lesquelles un suivi particulier serait réalisé avant la fin de l'année financière. De plus, le MSSS souhaitait que les établissements concernés se dotent d'un plan d'action pour assurer la réalisation des objectifs issus des orientations ministérielles.

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser	Priorité	Échéancier prévu (2004-2007)		
				2004-05	2005-06	2006-07
1. Aspects légaux et principes directeurs						
1.1. Mettre en place les mécanismes pour assurer l'élaboration d'un plan d'intervention pour chaque personne hébergée et sa révision conformément aux règles en vigueur ***Réalisé : 4/9 Partiellement réalisé : 5/9***	• Politique et procédures rédigées • Guide sur le fonctionnement des rencontres en équipe multidisciplinaire • Utilisation des plans de soins guide	• Uniformisation du fonctionnement des mécanismes en place • Révision des mécanismes en cours dans certains établissements	1	X		
1.2. Mettre en place les mécanismes permettant d'assurer la participation au plan d'intervention, de l'usager ou de son représentant légal, des proches, des membres de l'équipe interdisciplinaire ou de toute personne pouvant apporter sa contribution significative aux soins et services concernant la personne hébergée ***Réalisé : 6/9 Partiellement réalisé : 3/9***	• Mécanismes ou protocoles en place pour assurer la participation de l'usager, de son répondant, membres de l'équipe interdisciplinaire et membres de la famille • Mécanisme de suivi après la rédaction du plan d'intervention auprès de l'usager ou de la famille partiellement	• Accentuer les moyens pour faciliter la participation de l'usager, des membres de la famille et en assurer le suivi suite à l'élaboration du plan d'intervention	1	X		
1.3. Adopter une politique ou un règlement concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ***Réalisé : 3/8 Partiellement réalisé : 4/8 À réaliser :1/8***	• Politique ou règlement élaborés • Comité de gestion des risques en place ou partiellement fonctionnel • Production et analyse de rapports d'incidents ou d'accidents • Application du programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)	• Pour certains, mise en place d'un comité • Production, analyse et suivi des rapports d'incidents ou d'accidents • Encadrement et suivi des actions	1	X		
1.4. Assurer la confidentialité des dossiers des usagers ***Réalisé : 5/9 Partiellement réalisé : 3/9 À réaliser 1/9***	• Politique rédigée • Règles d'accès au dossier • Règles de gestion de dossier et de protection des renseignements	• Politique et procédures à rédiger ou à réviser • Rappel périodiques au personnel des principes de confidentialité	1	X		
1.5. Mettre en place un comité des usagers ***Réalisé : 9/9***	• Comités en place et fonctionnel • Règlements de fonctionnement en vigueur	• Mécanisme en cours • Support au comité à réaliser	1	X		
1.6. Adopter et appliquer une procédure d'examen des plaintes ***Réalisé : 9/9***	• Mécanisme d'examen des plaintes en place • Information sur le mécanisme diffusée	• Mécanisme en cours d'implantation	1	X		
1.7. Développer et utiliser un mécanisme d'évaluation de la satisfaction de la clientèle ***Réalisé : 3/9 Partiellement réalisé : 2/9 À réaliser :4/9***	• Évaluation sporadique de la satisfaction de la clientèle par des comités ou le personnel • Formulaires disponibles pour commentaires	• Procédure d'évaluation annuelle de la satisfaction à rédiger • Élaborer des questionnaires généraux et spécifiques relatifs à différents services (ex : services alimentaires)	1	X		

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser	Priorité	Échéancier prévu (2004-2007) 2004-05	2005-06	2006-07
1.8 Élaborer et adopter un code d'éthique ***Réalisé : 9/9***	• Code d'éthique rédigé et adopté, disponible	• Révision du code d'éthique à faire pour certains • Vérifier l'intégration du code par les usagers	1	X		
1.9 Mettre en place un mécanisme de diffusion et d'appropriation du code d'éthique ***Réalisé : 2/8 Partiellement réalisé : 2/8 À réaliser :4/8***	• Code d'éthique remis à chaque résident lors de l'admission • Code remis à l'embauche du nouveau personnel • Code affiché dans des endroits stratégiques • Rencontres hebdomadaires sur l'éthique	• Plan de communication à élaborer pour assurer la diffusion aux usagers et au personnel • Mécanisme d'appropriation à mettre en place	2		X	
1.10. Mettre en place les mécanismes permettant de prévenir les chutes chez la personne hébergée ***Réalisé : 2/9 Partiellement réalisé : 6/9 À réaliser :1/9***	• Documents de référence rédigés • Application de mesures de contention sécuritaires et gestion de risques • Formation sur le programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) • Mécanismes d'évaluation des risques • Aménagement sécuritaire des lieux	• Programme à rédiger ou à remettre en vigueur • Sensibilisation et intégration auprès du personnel • Mettre en place un suivi systématique suite aux évaluations	2		X	
1.11. Mettre en place les mécanismes permettant de prévenir les infections et leur propagation ***Réalisé : 4/9 Partiellement réalisé : 5/9***	• Comité de prévention des infections fonctionnel • Infirmière désignée affectée à la prévention des infections • Politique ou protocoles et diverses mesures de protection en application	• Comité de prévention des infections à rendre opérationnel pour certains • Désignation d'une personne affectée à la prévention des infections • Élaborer des procédures de contrôle • Mécanisme de suivi des tendances	1	X		
1.12. Adopter une politique relative à l'utilisation des mesures de contrôle ***Réalisé : 6/9 Partiellement réalisé : 3/9***	• Politique rédigée et règlements en place	• Révision en cours • Adoption des modifications prévue • Formation du personnel	1	X		

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser	Priorité	Échéancier prévu (2004-2007) 2004-05	2005-06	2006-07
2. Qualité de l'intervention						
2.1. Adopter une approche qui mise sur la stimulation des capacités résiduelles et des forces de la personne et sur la valorisation de son potentiel personnel ***Réalisé : 6/9 Partiellement réalisé 1/9 À réaliser : 2/9***	• Modèle conceptuel adopté • Personnel formé	• Mise à jour et suivi auprès du personnel à actualiser • Modèle d'intervention à implanter ou en voie d'implantation	2		X	
2.2 Adopter des programmations adaptées aux catégories de clientèles hébergées ***Réalisé : 4/9 Partiellement réalisé : 4/9 À réaliser :1/9***	Programmations : • pour unité prothétique (4/7) • unité sécuritaire • troubles respiratoires • développement de l'autonomie • soins de confort et sécurité • interventions personnalisées et adaptées aux besoins spécifiques des clientèles hébergées	• Mise à jour à faire ou développement de programmations adaptées aux diverses clientèles hébergées • Suivi à mettre en place	3			X
2.3. Prévoir des mécanismes visant à réviser les modèles d'intervention mis en place auprès des clientèles hébergées ***Réalisé : 5/9 Partiellement réalisé : 3/9 À réaliser :1/9***	• Politiques, comités ou équipes visant à réévaluer les modèles d'intervention • Révisions périodiques des programmations • Adaptation des interventions en fonction des besoins de la clientèle	• Comité de qualité des soins et services à mettre en place • Mécanismes formels de révision à mettre en place	3			X

2.4 Adapter les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) aux besoins et au rythme de vie de la personne hébergée
Partiellement réalisé : 9/9
	• Soins et services adaptés aux **besoins** de chaque usager et intégrés au plan d'intervention
	• Mécanismes de régulation existants :
	  • Rapports quotidiens
	  • Plans d'intervention, plans de soins
	• Adaptation des soins et des services au **rythme** des usagers actualisée davantage en unité prothétique
		• Ajustements à faire pour **adapter** l'organisation des soins et des services au **rythme** des usagers ou des catégories de personnes hébergées	3			X

2.5 Adapter l'offre des services alimentaires aux besoins des personnes hébergées ***Réalisé : 4/9 Partiellement réalisé : 4/9 À réaliser : 1/9***	• Cuisinettes et collations sur unités • Personnel en nutrition en place • Comité de révision des services alimentaires • Menus personnalisés et adaptés aux besoins et goûts des usagers	• Élaborer des protocoles et implanter un mécanisme de suivi • Processus à améliorer dans la préparation et la livraison des repas	3			X
2.6. Adapter les programmes d'activités récréatives et sociales aux besoins des catégories de clientèle hébergée ***Réalisé : 6/9 Partiellement réalisé : 3/9***	• Récréologue et bénévoles impliqués • Programmation d'activités révisée • Variété d'activités individuelles et de groupe, sur des unités ou inter-unités	• Développement de programmations d'activités en soirée et en fin de semaine • Activités à planifier pour répondre aux besoins spécifiques des diverses clientèles hébergées • Diffusion des programmations et des activités	3			X

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements		Priorité	Échéancier prévu (2004-2007)		
	Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser		2004-05	2005-06	2006-07
3. Intégration et intervention						
3.1 Assurer un suivi rigoureux des places disponibles en CHSLD et garantir la mise en action rapide des démarches visant à combler les places libres ***Réalisé : 9/9***	• Politique, directives régionales et organisationnelles existantes • Comité d'admission en place dans chaque MRC via un guichet unique • Identification d'une personne responsable des admissions • Uniformiser les mécanismes d'admissions dans les différents sites des établissements • Mécanismes de communication prévu entre les personnes concernées dès qu'une place se libère • Diffusion de rapports hebdomadaires	• Efforts pour réduire au minimum les délais d'attente pour un place en CHSLD suite à une hospitalisation	1	X		
3.2 Mettre en place un mécanisme assurant le traitement efficace de toute demande d'admission afin d'assurer que les conditions idéales sont en place avant que la personne soit admise (finalisation et accessibilité du dossier administratif, médical et psychosocial) ***Réalisé : 9/9***	• Procédures d'opération rédigées ou en révision • Personnel responsable identifié et mécanisme de traitement des demandes en place • Rencontres régulières du comité pour l'analyse des demandes pour lesquelles les dossiers doivent être complets	• Assurer la diffusion suite aux révisions	1	X		
3.3. Identifier une personne ayant la responsabilité d'accompagner chaque personne hébergée et ses proches tout au long de son séjour ***Réalisé : 5/9 Partiellement réalisé : 3/9 À réaliser :1/9***	• Personnel clairement identifié pour certains • Collaboration complémentaire avec le personnel infirmier	• Diffuser l'information aux personnes concernées • Étendre la pratique dans les unités • Mettre en place le mécanisme	1	X		
3.4 Assurer le soutien aux familles pendant la période de fin de vie et de deuil et la gestion des biens après le décès ***Réalisé : 6/9 Partiellement réalisé : 3/9***	• Intervenante ou équipe interdisciplinaire impliquée dans le soutien à la famille • Implication de la pastorale ou d'organismes communautaires • Programmation d'accompagnement et d'approche en fin de vie utilisée • Documentation disponible sur le «décès»	• Guide de soins en fin de vie à implanter	2		X	
3.5 S'assurer que l'évaluation de la personne tient compte des facteurs biopsychosociaux et culturels ***Réalisé : 9/9***	• Utilisation de l'OÉMC qui tient compte de l'ensemble de ces facteurs • Implication d'une équipe multidisciplinaire pour développer une vision globale • Inclus dans la collecte de données en soins infirmiers	• Améliorer l'uniformité des mécanismes entre les membres du personnel	1	X		

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements		Priorité	Échéancier prévu (2004-2007)		
	Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser		2004-05	2005-06	2006-07
4. Offre et prestation de services						
4.1. Assurer la disponibilité des services spécialisés lorsque requis ***Réalisé : 2/9 Partiellement réalisé : 5/9 À réaliser :2/9***	• Certains services sont accessibles facilement mais pas toujours disponibles lorsque requis; la disponibilité varie selon les établissements	• Des travaux devraient être amorcés pour documenter les besoins de chaque établissement • Conclure des contrats de services lorsque requis	1	X		
4.2. Conclure des ententes de partenariat de façon à assurer la prestation des services requis relevant de disciplines rares ou en pénurie ***Réalisé : 2/9 Partiellement réalisé : 2/9 À réaliser :5/9***	• Certains services sont disponibles au besoin sur requête ou en cliniques externes	• Travaux à réaliser pour documenter les besoins • Corridors de services et ententes à développer	1	X		
4.3. Favoriser ou maintenir l'implication des proches et des membres de la communauté aux activités planifiées pour les personnes hébergées ***Réalisé : 7/9 Partiellement réalisé : 1/9 À réaliser :1/9***	• Personne responsable des loisirs • Activités familiales planifiées • Implication de bénévoles • Mécanisme de diffusion des activités • Collaboration avec les organismes de la communauté • Disponibilité de locaux pour les familles • Souplesse dans les heures de visite	• Politique à développer et accentuer l'implication de bénévoles	2		X	

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser	Priorité	Échéancier prévu (2004-2007) 2004-05	2005-06	2006-07
5. Démarches organisationnelles						
5.1 Assurer la participation de l'ensemble des membres du personnel de l'établissement à une approche favorisant l'utilisation optimale des capacités des personnes hébergées ***Réalisé : 3/9 Partiellement réalisé : 5/9 À réaliser : 1/9***	• Rencontres avec le personnel / équipe interdisciplinaire assurant une intégration de la philosophie d'intervention et des programmes d'intervention spécifiques • Formations multiples auprès du personnel	• Certains membres du personnel à former • Assurer un suivi plus rigoureux auprès du personnel formé	2		X	
5.2 Encourager la responsabilisation et la participation des membres du personnel concerné à la recherche de solutions concrètes pour répondre aux besoins des personnes hébergées ***Réalisé :8/9 Partiellement réalisé : 1/9***	• Réunions fréquentes et régulières avec les membres de l'équipe; révision de l'organisation du travail et des plans de soins • Implication d'autres secteurs d'activités au besoin	• Formaliser les rencontres et réviser périodiquement le fonctionnement des membres de l'équipe • Identifier des indicateurs de suivi	1	X		
5.3 Mettre en place un mécanisme permettant de reconnaître et de valoriser la contribution du personnel à la qualité du milieu de vie ***Réalisé : 3/9 Partiellement réalisé : 3/9 À réaliser :3/9***	• Charte et politique de reconnaissance • Comité de reconnaissance en place • Journal périodique soulignant la reconnaissance du personnel • Activités diverses et prix reconnaissance	• Politique ou programme de reconnaissance à élaborer ou en cours d'élaboration	2		X	
5.4 Développer des outils permettant d'évaluer les qualités et les compétences recherchées chez le personnel en fonction des diverses catégories de clientèles hébergées ***Réalisé : 1/9 Partiellement réalisé : 4/9 À réaliser : 4/9***	• Politique de développement des ressources humaines en place pour certains • Évaluation du rendement du personnel	• Adopter des outils de dotation spécifiques aux compétences recherchées pour œuvrer auprès des différentes catégories d'usagers • Conclure des ententes syndicales • Politique de développement des ressources humaines à compléter et à actualiser	3			X
5.5 Vérifier régulièrement l'appartenance du personnel concerné à leur ordre professionnel ***Réalisé : 7/9 À réaliser :2/9***	• Procédures et vérifications en application	• Procédure et mécanisme à mettre en place • Consolider un mécanisme pour les travailleurs sociaux	1	X		
5.6 Adopter un plan de formation continue pour le personnel de l'établissement afin d'assurer la mise à jour des connaissances concernant les besoins des personnes âgées ainsi que ceux de leur famille ***Réalisé : 4/9 Partiellement réalisé : 1/9 À réaliser :4/9***	• Plan de développement des ressources humaines développé et mis en application • Mise à jour informelle des connaissances	• Plan de développement des ressources humaines à développer et suivi à actualiser • Structurer les activités de formation en fonction des priorités et des besoins identifiés • Rédiger des fiches personnelles de formation et de besoins de formation	2		X	
5.7 Développer des programmes de formation spécifiques adaptés aux particularités de chacune des clientèles hébergées ***Réalisé : 1/9 Partiellement réalisé : 4/9 À réaliser : 4/9***	• Analyse des besoins en lien avec les programmations en place • Activités de formation offertes en fonction de l'analyse effectuée	• Préciser et élaborer des programmes spécifiques de formation en fonction des besoins des usagers • Structurer les activités de formation et établir des priorités	3			X

Mesures prévues	État de situation Résumé des commentaires extraits des plans d'action transmis par les établissements Actions réalisées	Actions à améliorer ou à réaliser	Priorité	Échéancier prévu (2004-2007) 2004-05	2005-06	2006-07
5. Démarches organisationnelles						
5.8. Assurer l'encadrement clinique par l'identification d'une personne ou d'un comité possédant une expertise reconnue en matière d'éthique ***Réalisé : 2/8 Partiellement réalisé : 2/8 À réaliser :4/8***	• Présence d'un comité d'éthique • Mécanisme formalisé de rencontres de soutien au personnel • Consultation externe ponctuelle	• Structure consultative à mettre en place • Formaliser les activités d'encadrement	2		X	
5.9. Assurer l'adhésion des membres du conseil d'administration aux orientations ministérielles et au plan d'action régional ***Partiellement réalisé : 2/8 À réaliser :6/8***	• Orientations ministérielles présentées et entérinées par le comité de programme en soins de longue durée	• Plan de communication à déterminer suite à l'adoption et à la diffusion du plan d'action régional	1	X		
5.10. Assurer l'adhésion et la mobilisation de l'ensemble du personnel aux orientations ministérielles et au plan d'action régional ***Partiellement réalisé : 1/8 À réaliser :7/8***	• Information au personnel • Documentation en circulation	• Plan de communication et d'intégration à réaliser suite à l'adoption du plan d'action régional • Mécanisme de suivi à déterminer	1	X		
5.11. Adapter l'environnement physique pour répondre aux besoins spécifiques des diverses catégories de clientèles hébergées ***Réalisé : 1/8 Partiellement réalisé : 7/8***	• Normes de base respectées • Aménagements physiques variés selon les sites et certains programmes (unité prothétique) • Comité «environnement» en place • Divers projets réalisés découlant d'une évaluation continue des besoins de la clientèle	• Plans fonctionnels et techniques en élaboration dans plusieurs établissements ou sites • Travaux de planification et d'aménagement à réaliser en fonction de l'analyse des besoins des différentes catégories de clientèles hébergées	3			X
5.12. Aménager le milieu de vie afin qu'il reflète le plus possible la réalité de la vie à domicile ***Réalisé : 1/8 Partiellement réalisé : 7/8***	• Décoration adaptée • Salons aménagés • Environnement naturel reproduit en îlots fermés • Histoires antérieures et histoires de vie utilisées	• Aménagements à compléter selon les établissements et sites • Activités à mettre en place • Instaurer un comité milieu de vie • Réduire certaines restrictions imposées à des unités institutionnalisées	3			X
5.13. Encourager et aider à personnaliser l'espace de vie de la personne hébergée ***Réalisé : 6/9 Partiellement réalisé : 2/9 À réaliser : 1/9:***	• Politique d'aménagement des chambres • Encouragement et soutien à l'aménagement personnalisé en respect des politiques en vigueur	• Revoir les balises des politiques sur l'aménagement personnalisé des chambres • Intensifier l'approche personnalisée auprès de la personne hébergée et de sa famille	1	X		
5.14. Assurer le respect des normes du Code du bâtiment (type B-2) en matière de sécurité des lieux physiques ***Réalisé : 9/9***	• Les équipes concernées assurent la conformité aux normes	• Examiner certaines normes occasionnant des coûts supplémentaires ou qui empêchent de personnaliser les milieux	1	X		

Suivi de l'actualisation des mesures

Le suivi de l'actualisation des mesures est une étape indispensable pour assurer la réalisation des objectifs visés en l'occurrence, assurer un milieu de vie de qualité pour chaque personne hébergée en CHSLD. La mise en place d'un mécanisme de suivi facilite la planification des priorités d'actions propres à chaque établissement et permet également des ajustements continus tout au long de la démarche d'amélioration des services et des milieux de vie.

Pour assurer la réalisation du plan d'action, une cible à cet effet sera intégrée aux ententes de gestion, pour chacun des établissements concernés. Aussi, un plan d'action pour chaque établissement sera rédigé et précisera les résultats attendus en regard des mesures prévues pour chacune des trois années d'implantation.

Chaque établissement a la responsabilité de mettre en place les mesures énoncées au plan d'action régional. L'Agence assurera un suivi de gestion annuel en regard de l'avancement des travaux.

Conclusion

Face à l'accroissement important du nombre de personnes âgées, les CHSLD seront confrontés à des réalités différentes de celles qui dominaient dans les années passées. Les besoins des personnes âgées et très âgées orientées en hébergement institutionnel deviendront plus complexes par l'apparition concomitante de problèmes d'ordre cognitif et physique. Cette réalité, qui commence déjà à se manifester, provoquera, d'ici quelques années, des bouleversements significatifs dans l'organisation des soins et services offerts. Les établissements se consacreront, dans les prochaines années, à ajuster leur offre de services pour offrir un milieu de vie de qualité à chaque personne hébergée en CHSLD.

ANNEXES

ANNEXE 1: Orientations ministérielles

Cette partie présente un résumé du contenu du document produit par le MSSS sur la qualité du milieu de vie pour les personnes hébergées en CHSLD.

En résumé :

1. ASSISES	
Les assises légales	• **La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.S-42** Mission d'un CHSLD (article 83) Désignation d'instituts universitaires (article 89) Principes légaux à respecter lors de la prestation de tout service (article 3) Droit aux services (article 5) Plan d'intervention (article 102) Participation de la personne au plan d'intervention (article 10) Règlement sur la divulgation d'un accident à l'usager (article 235.1) Comité de gestion des risques et de la qualité (article 183.1) Confidentialité des dossiers des usagers (article 19) Comité d'usagers (article 209) Procédure d'examen des plaintes (article 29) Code d'éthique (article 233)
	• **La charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., C-12** Droit à la vie (article 1) Sauvegarde de la dignité (article 4)
	• **Le Code civil** L'inviolabilité de la personne (article 10)
Politiques et orientations	• **La Politique de la santé et du bien-être** Favoriser le renforcement du potentiel des personnes Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires Améliorer les conditions de vie • **Politique sur la qualité des services dans les CHSLD privés non conventionnés de la région de l'Estrie (2003)**
	• **Les orientations ministérielles relatives aux diverses clientèles susceptibles d'avoir recours aux services d'hébergement et aux soins de longue durée, qui situent l'ensemble des actions qui doivent être entreprises pour adapter les services aux besoins des personnes les requérant** Les personnes hébergées et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques (2002) Les personnes âgées en perte d'autonomie (2001) Les personnes vivant avec une déficience intellectuelle (2001) Les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants (1998) Les personnes ayant une déficience physique (1995) L'organisation des services de pastorale en établissements de santé et de services sociaux (2001)

En résumé :

2. PRINCIPES DIRECTEURS	
Les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement.	• **Adaptation** des actions et des moyens de l'établissement aux caractéristiques et aux besoins évolutifs des clientèles. • Référence à la charte des droits, au code d'éthique et à tout autre protocole comme guides et points de référence pour la prise de décision.
L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle.	• **Optimiser** les capacités des personnes hébergées. • **Maintien et renforcement** des fonctions mentales supérieures et de l'autonomie fonctionnelle • Adoption d'une approche qui vise **l'accompagnement de la personne** en stimulant les capacités et en suppléant les incapacités.
La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie.	• Miser sur la **compétence du personnel** et sur le travail en **interdisciplinarité.** • Soins et services dispensés dans une approche valorisant le concept **«milieu de vie».**
L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision.	• Dès l'admission, favoriser **l'implication des proches** pour faciliter le processus d'adaptation, d'intégration et de socialisation de la personne hébergée à son nouveau milieu de vie.
La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité.	• **Adaptation de l'environnement physique** afin qu'il soit familier, significatif et aidant. • La vie de la communauté est **intégrée** au milieu de vie.
Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination.	• Les **droits de la personne** sont respectés. • La dépersonnalisation, l'infantilisation et l'abus sont évités. • La **primauté de la personne** et son implication dans toute décision la concernant.
L'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs.	• **Appropriation** des principes par les membres du **conseil d'administration et du personnel d'encadrement.** • **Transmission** à l'ensemble du personnel.

En résumé :

3. LES PERSONNES REQUÉRANT DES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	
Les caractéristiques des personnes hébergées	• **Analyse des données statistiques** - Au Québec, en 2002, le nombre de lits en CHSLD public était de 35 015 et celui en CHSLD privé non conventionné était de 3 230 pour un total de **42 936**. - Au 31 mars 2001, le **taux moyen d'hébergement** au Québec était de **3,7 %.** - Les personnes âgées de plus de **85 ans représentaient 46 %** de la population hébergée en CHSLD alors que les personnes âgées entre 65 et 69 ans représentaient uniquement 5,9 %. - **Le taux d'incapacité des personnes augmente avec l'âge**. Globalement, ce taux était de 42 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux d'incapacité des personnes de 65 à 74 ans était de 34 % alors que celui des personnes âgées de 75 ans ou plus était de 55 %. - Il est estimé que **63 %** des personnes admises en CHSLD sont en **très grande perte d'autonomie**.
	• **L'observation des données relatives aux admissions en CHSLD durant les dernières années démontre :** - Une **évolution fulgurante** des diagnostics reliés aux **déficits cognitifs** - Une **multiplication des problèmes graves de santé physique**, souvent concomitants - Une **augmentation des incapacités motrices**, principalement des limitations à la marche et aux déplacements - Une **augmentation** des personnes âgées de **85 ans ou plus** - Une population hébergée de **moins de 65 ans** présentant des **incapacités de plus en plus importantes** - Un certain nombre de personnes présentant des troubles graves du comportement reliés au diagnostic psychiatrique
Les besoins des personnes hébergées *Les CHSLD doivent assurer une réponse adéquate tant aux besoins fondamentaux qu'aux besoins spécifiques des personnes hébergées*	• **Besoins fondamentaux** - **Besoins physiologiques** (alimentation, élimination, sommeil, respiration, locomotion et hygiène corporelle) - **Besoin de sécurité** reliés à l'environnement physique, aux relations humaines et à l'aspect financier - **Besoin d'amour et d'appartenance** (relations humaines, intégration à la communauté interne ou externe) - **Besoin d'estime de soi, d'actualisation** (utilisation de son plein potentiel, autodétermination, maintien d'un sens à la vie) - **Besoin de reconnaissance profonde** (exercice des rôles sociaux et familiaux, activités significatives, spiritualité)
	• **Besoins particuliers** - Un niveau élevé de réponse aux besoins particuliers des personnes hébergées permet de maintenir une qualité de vie malgré les déficiences et les incapacités - La manifestation des besoins chez les personnes hébergées est susceptible de prendre une grande variété de formes - Une connaissance approfondie des maladies, des incapacités et des situations de vie de chaque personne hébergée assurera une prestation de soins et services adaptés à leurs besoins - Les besoins des personnes hébergées sont susceptibles d'évoluer avec le temps - La situation de chaque personne hébergée tend à se complexifier avec le temps ce qui contribue à développer une plus grande dépendance

En résumé :

4. OBJECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES D'UNE INTERVENTION DE QUALITÉ	
Objectifs généraux d'intervention	• L'approche favorise le **bien-être physique, mental et émotionnel**, le développement personnel et le **maintien optimal de l'autonomie** de toute personne hébergée. • L'approche répond aux besoins (soins et services) et aux attentes des personnes hébergées en **adaptant leur environnement humain** (personnel, famille, bénévoles) et **physique**.
Une intervention de qualité	• L'approche tient compte de **l'évolution constante des connaissances** et s'inscrit dans un processus évolutif.
L'approche centrée sur la personne	• L'approche est soutenue par la philosophie d'intervention basée sur les principes retenus dans ce document : **reconnaissance du potentiel de la personne; promotion de l'autonomie de la personne; révision des habitudes organisationnelles.** • L'intervention en CHSLD se traduit par une approche qui soit : **globale; personnalisée; adaptée; positive; participative; interdisciplinaire** **Globale :** La personne hébergée est considérée dans sa totalité biopsychosociale et spirituelle; ses besoins sont reconnus indissociables les uns des autres. **Personnalisée :** L'accompagnement de la personne hébergée respecte ses droits fondamentaux, son intégrité, ses choix et ses habitudes de vie; les activités quotidiennes doivent être en lien avec les habitudes de vie antérieures et le rythme de la personne hébergée. **Adaptée :** Les besoins particuliers de chacune des clientèles hébergées sont reconnus; des conditions favorables sont mises en place pour répondre le plus adéquatement possible à ces besoins. **Positive :** L'accent est mis sur les capacités et les forces de la personne et sur la valorisation de son potentiel personnel; l'intervention favorise la stimulation intellectuelle, affective, sociale et physique encore présentes. **Participative :** Le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches est facilité et leur implication est sollicitée dans les prises de décisions. **Interdisciplinaire :** L'approche est axée sur la participation active des membres de l'équipe à toutes les étapes de l'élaboration du plan d'intervention.

En résumé :

5. INTÉGRATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HÉBERGÉE DANS SON NOUVEAU MILIEU DE VIE	
Modalités d'accueil	• Mécanisme structuré couvrant les périodes de **pré-admission et d'admission.** • **Accompagnement** durant toute la durée du séjour de la personne hébergée. • **Soutien** aux familles pendant la période **de fin de vie et de deuil** et la gestion des biens après le décès. • **Finalisation** du dossier administratif, médical et psychosocial **avant l'admission.** • **Personne de référence** identifiée pour chaque personne admise. • **Traitement rapide** des demandes d'hébergement. • **Suivi rigoureux** des places disponibles. • **Accès rapide** au dossier du résident. • **Transfert rapide** d'information entre le centre hospitalier et le CHSLD avant que la personne soit transférée.
Évaluation globale et continue	• **L'évaluation globale** des besoins de la personne tient compte des **facteurs biopsychosociaux et culturels**, du **degré d'adaptabilité** de la personne et des **caractéristiques de la famille et de la communauté.** • Nécessite une **concertation** et une collaboration étroite en **équipe interdisciplinaire.** • Mise sur les **capacités de la personne** et celles de sa famille. • L'offre de services et les soins sont **personnalisés.** • L'évaluation est **continue** et suit **l'évolution de la personne**; elle s'effectue en collaboration avec **toutes les personnes concernées**, qu'elles soient du réseau ou du communautaire.
Plan d'intervention (PI)	• Le PI est **personnalisé** et est le reflet de la relation entre la personne hébergée et le milieu de vie. • Il traduit une **vision dynamique des possibilités d'évolution et d'acquisition** que possède la personne hébergée. • Le PI contribue à **l'adaptation continue et réciproque** de la personne hébergée et de son milieu.

En résumé :

6. L'OFFRE ET LA PRESTATION DE SERVICES	
L'offre de services	• **Toutes** les personnes à l'emploi de l'établissement ainsi que les membres de la famille, les bénévoles et les organismes de la communauté doivent **unir** leurs efforts afin d'atteindre le même but, soit **d'assurer le bien-être de la personne hébergée et de favoriser l'utilisation optimale de ses capacités.** • **Toutes** les actions doivent converger pour **maximiser le potentiel d'adaptation ou de réadaptation** de la personne hébergée sur tous les plans (physique, moteur, sensoriel et psychosocial) afin **d'optimiser** l'autonomie et l'indépendance.
La prestation de services	• Les services cliniques en milieu d'hébergement doivent être **accessibles au moment où ils sont requis** et de **qualité** afin d'assurer le bien-être quotidien des personnes hébergées. • Pour assurer la prestation des services requis de façon intermittente ou encore relevant de **disciplines rares ou en pénurie**, les CHSLD doivent créer un maillage étroit en concluant des **ententes de partenariat** avec les instances concernées permettant ainsi de **faciliter l'accès aux services** tout en **minimisant les délais d'attente.**

En résumé :

7. MODALITÉS D'APPLICATION DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES	
Pratiques d'intervention	**Nécessaire responsabilisation et autonomie des intervenantes ou intervenants** • Les intervenantes ou intervenants doivent se sentir **responsables** d'adopter une pratique fondée sur le respect de la volonté, des choix et des droits de toutes les personnes hébergées. • Les interventions doivent viser à **accompagner** et à **encourager** les personnes hébergées à utiliser toutes leurs capacités plutôt qu'à « décider pour et faire à la place » des résidents. • Le personnel doit avoir la **marge de manœuvre suffisante** pour apporter des solutions concrètes pour subvenir aux besoins des personnes hébergées. **Mobilisation des employés et valorisation de la tâche** • L'importance de mettre en place des actions concrètes visant à **sensibiliser et à impliquer tous les membres du personnel** susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées. • Le **personnel**, à titre d'agent actif de changement, est **impliqué** dans la prise de décision et dans l'élaboration de stratégies concertées de recherche de solution pour améliorer la qualité des services. • Il est essentiel d'exprimer, par des actions concrètes, la **reconnaissance** de tous les acteurs impliqués à améliorer la qualité des services, quelle que soit leur contribution. **Compétences requises** • La **qualité des rapports** entre le personnel et la personne hébergée a un impact majeur sur la **qualité de vie des résidents**. • Pour œuvrer auprès des personnes hébergées, il est préalablement essentiel de maîtriser certaines **compétences de base** : o Savoir (connaissances) o Savoir-faire (aptitudes) o Savoir-être (attitudes) **L'acquisition et le développement continu des connaissances** • Face à l'évolution constante des besoins et des attentes des personnes en perte d'autonomie ainsi qu'à l'introduction de nouvelles pratiques soutenues par la recherche, tout le personnel doit avoir accès à des **programmes de formation continue** et adaptée selon leur contribution respective, permettant d'assurer la **mise à jour des connaissances**. • Ces programmes de formation doivent être adaptés aux particularités de **chacune des clientèles hébergées** afin de permettre au personnel d'apporter des réponses adaptées aux besoins des diverses clientèles. • Les CHSLD constituent des milieux favorisant le développement des connaissances et par conséquent, ils sont propices au développement d'un **partenariat** avec le **milieu universitaire**. **L'accès à une expertise en matière d'éthique** • Le personnel est souvent confronté à des **dilemmes moraux** provoqués par la confrontation de leurs valeurs personnelles aux valeurs sociales ou aux valeurs de la personne hébergée ainsi que ceux des membres de la famille. L'accès à une personne possédant une **expertise en matière d'éthique** permettra de guider les interventions.

7. MODALITÉS D'APPLICATION DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES	
	• Ces dilemmes moraux sont souvent reliés au **respect des droits des individus**. Conséquemment, chaque établissement est tenu d'élaborer et d'adopter une **charte des droits des résidents ou un code de déontologie.** • Les décisions cliniques, administratives et organisationnelles doivent être **en conformité** avec les éléments composant la charte des droits ou le code de déontologie.
Pratiques de gestion	**Une implication du conseil d'administration** • Les principes et l'approche proposés dans les orientations ministérielles doivent **soutenir les orientations et les priorités** que le conseil d'administration d'un CHSLD retient dans sa planification stratégique. **Une volonté ferme de la direction générale** • Réussir à améliorer la qualité du milieu de vie et à orchestrer les actions requises à tous les niveaux exige du **leadership, de la conviction et même de l'enthousiasme** de la part de la direction générale. • Les pratiques de gestion doivent favoriser le partage d'une **philosophie commune** d'intervention centrée sur : o les besoins et les attentes des personnes hébergées o le respect de leur volonté o le tout dans un esprit d'accompagnement des résidents.
L'organisation physique des lieux	**Favorise l'ouverture sur le monde extérieur** • En tant que partie intégrante de sa communauté, le CHSLD doit **faciliter ou maintenir les liens sociaux** par l'implication de la famille, de bénévoles et de différents représentants de la communauté. **Milieu résidentiel** • Le CHSLD doit reproduire un lieu résidentiel qui soit le plus **« normalisant »** possible et qui favorise la **personnalisation de l'espace de la personne hébergée.** • Le terme « normalisant » signifie que le milieu adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. **Élimine les contraintes architecturales** • L'aménagement des lieux doit répondre à la fois aux **besoins particuliers des résidents** tout en permettant à la personne hébergée de se déplacer de façon autonome, de s'intégrer à son milieu et d'être en contact avec son environnement intérieur et extérieur.

ANNEXE II : Composition du comité de travail

Diane Bisaillon	CHSLD Shermont Inc.
Doris Côté	Centre de santé de la MRC d'Asbestos
Lucie Côté	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Sylvie Gendron	Centre de santé Memphrémagog
Denis Payeur	CLSC - CHSLD du Haut St-François
Sylvie Trudel-Fortin	Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François